

NOTAT

Høringsnotat - national klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor

8. september 2016
KLA
eub@sst.dk
Tlf: 7222 7400

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en national klinisk retningslinje for funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor. Dette, som led i udarbejdelsen af i alt 50 nationale kliniske retningslinjer som følge af en bevilling på Finansloven 2012.

Den nationale kliniske retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor har været i bred offentlig høring og peer review i perioden 5. juli 2016 til 17. august 2016.

Sundhedsstyrelsen har modtaget i alt 17 høringssvar til retningslinjen fra nedenstående parter:

- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Socialstyrelsen
- Kolding Kommune
- Aabenraa Kommune
- Silkeborg Kommune
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Danske Fysioterapeuter
- Videnscenter for rehabilitering og palliation (REHPA)
- Kost- og Ernæringsforbundet
- Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Bispebjerg og Frederiksberg hospital
- Dansk Selskab for Geriatri
- Dansk Sygepleje Selskab
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Kliniske Diætister
- Danske Tandplejere

Sundhedsstyrelsen takker for de indkomne høringssvar.

Sekretariatet for Nationale
Kliniske Retningslinjer

Den nationale kliniske retningslinje for funktionsnedsættelse og underernæring eller risiko herfor er desuden blevet vurderet af to peer reviewere udpeget af Sundhedsstyrelsen:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

T +45 72 22 74 00
E: nkrsekretariat@sst.dk
www.sst.dk

- Ellen Holm, Ledende overlæge ved Geriatrik Afdeling, Nykøbing F. Sygehus.
- Jens Kondrup, Professor, overlæge, dr. med., Hepatologisk Klinik, Rigshospitalet

08.09.2016
Side 2 af 7

De bemærkninger, der vedrører konceptet for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer herunder metode og fokus for retningslinjen er viderebragt til Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer med henblik på, at indgå i de videre overvejelser omkring udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer.

Dette notat opsummerer hovedlinjerne i høringssvarene og peer reviews og konsekvenserne for de nationale kliniske retningslinjer. Der er derudover foretaget mindre justeringer som følge af de indkomne bemærkninger.

De enkelte høringssvar, peer reviews og dette sammenfattende notat er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Indledning

Peer reviewer Ellen Holm kommenterer på den noget tunge titel på retningslinjen og foreslår i stedet bl.a. titlerne ”*Ernærings- og træningsindsatser til ældre med funktionsevnededsættelse*” eller ”*Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger*”.

Kommentaren tages til følge. Titlen ændres i den endelige version til ”Ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger”.

De to peer reviewere og flere høringssparter (REHPA, Socialstyrelsen, Ergoterapeutforeningen) påpeger vanskeligheden ved at afgrænse patientgruppen, som fremstår som en meget bred og heterogen gruppe. Peer reviewer Ellen Holm foreslår konkret, at man kalder patientgruppen for enten geriatriske patienter eller ældre med geriatriske problemstillinger.

Kommentarer tages til følge. Vanskeligheden ligger blandt andet i, at der i retningslinjen ikke er tale om en diagnosespecifik population, men derimod en bredt sammensat patientgruppe med flere forskellige diagnoser. Afgrænsningen af patientgruppen vil dog blive præciseret yderligere i den endelige version af retningslinjen, hvor patientgruppen også vil blive benævnt ældre med geriatriske problemstillinger.

Der spørges i forhold til patientgruppen også i flere høringssvar (Ergoterapeutforeningen m.fl.) såvel som i peer review af Jens Kondrup til, hvorfor studier af monosygdomme er ekskluderet fra retningslinjens søgning, idet disse grupper har ligeså meget underernæring og funktionsnedsættelse som de øvrige.

Retningslinjens fokus har i retningslinjen været på gruppen af ældre med geriatriske problemstillinger og ikke på de specifikke diagnoser, som dækkes i andre nationale kliniske retningslinjer. Således er der tidligere udarbejdet retningslinjer om KOL, diabetes 2, apopleksi, m.fl.

Socialstyrelsen spørger i deres høringssvar til, hvorvidt ældre med nedsat mental og social funktionsevne også er en del af retningslinjens patientgruppe.

Studier, der udelukkende inkluderer ældre med nedsat social og mental funktionsevne, såsom fx ældre med demens, er frasorteret i retningslinjen. Patientgruppen kan dog være inkluderet i andre, bredere studier, som er inkluderet i retningslinjen. Dette præciseres i den endelige version af retningslinjen.

Flere kommentarer vedrører definitionen af, hvad det vil sige at være underernæret eller at være i risiko herfor. Og på, at der ikke skelnes mellem enten at være underernæret eller at være i risiko herfor. Peer reviewer Ellen Holm foreslår konkret, at man skelner skarpt mellem henholdsvis de patienter, der er underernærede og dem, der er i risiko herfor.

Kommentaren tages til følge. Definitioner på henholdsvis underernæring og risiko for underernæring skrives ind i kapitel 0. Der kan dog i retningslinjen ikke skelnes mellem hhv. at være underernæret eller være i risiko for underernæring, da der i litteratursøgningen er søgt samlet på underernæring eller risiko herfor og man derfor ikke vil kunne adskille resultaterne for de to grupper fra hinanden.

Kost- og ernæringsforbundet bemærker i sit høringssvar, at der i retningslinjen både anvendes termen *utilsigtet vægttab* og *uplanlagt vægttab* og spørger om disse to begreber ikke dækker over det samme?

Kommentaren tages til følge. Der vil i den endelige version af retningslinjen kun blive anvendt begrebet *uplanlagt vægttab*.

Dansk Selskab for fysioterapi i Gerontologi og Geriatri bemærker, at hverken fysisk træning eller ernæringsindsats er defineret indledningsvist.

Kommentaren afvises. Fysisk træning og ernæringsindsatsen er nærmere defineret i bilag 6 omhandlende de fokuserede spørgsmål.

Dansk Selskab for hjerte og lungefysioterapi efterlyser generelt outcomes som livskvalitet, død og genindlæggelse.

Kommentarer tages delvis til følge. Livskvalitet kan være et relevant outcome ved flere af de undersøgte fokuserede spørgsmål og bør medtages i en opdatering af retningslinjen. I forhold til død og genindlæggelse, er den undersøgte population kendetegnet ved en høj grad af genindlæggelse om mortalitet, hvilket betyder, at disse outcome kan risikere at være misvisende.

Danske Regioner foreslår, at funktionsevnenedsættelse og funktionsevneniveau erstattes med hhv. nedsat funktion og funktionsniveau.

Kommentaren afvises. Begreberne defineres i ICF håndbogen (International klassifikation af Funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand). Betegnelsen funktionsevnenedsættelse dækker her over problemer i kroppens funktioner eller anatomi som for eksempel en væsentlig afvigelse eller mangel. Det vil sige, at funktionsevnenedsættelse både dækker over stationære/vedvarende afvigelser/mangler (tab), og midlertidige afvigelser/nedsættelser, som kan genvindes.

Fokuseret spørgsmål 1

Bør ældre med funktionsevnededsættelser, men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes ren styrketræning (9-12 repetition maksimum (RM) frem for anden træning?

Peer reviewer Ellen Holm stiller spørgsmål ved den kliniske relevans af spørgsmålet, da ren styrketræning oftest i praksis vil blive kombineret med anden træning.

Kommentaren afvist, idet det fastholdes, at valget mellem ren styrketræning eller styrketræning i kombination med anden træning vil være en problemstilling klinikere står overfor i praksis. Dette vil i den endelige version blive begrundet yderligere i afsnit 1.4 Baggrund for valg af spørgsmål.

Flere kommentarer fra høringsvarene går på, hvad der menes med *ren* styrketræning og at der er brug for en definition heraf.

Kommentaren tages delvist til følge. Ordet *ren* slettes i den endelige version af retningslinjen. I selve PICO spørgsmålet erstattes *ren* med højintensitets styrketræning.

Peer reviewer Jens Kondrup udbeder sig en forklaring på betegnelsen RM

Kommentaren tages delvis til følge. Definition af RM fremgår af bilag 8. Der indsættes henvisning hertil første gang RM nævnes i rapporten.

Danske Regioner efterlyser i deres høringsvar referencen Manini T et al.: *"Efficacy of resistance and task-specific exercise in older adults who modify tasks of everyday life."*

Kommentaren tages til følge. Det omtalte studie blev ikke fundet ved litteratursøgningen, men vil nu blive inkluderet i evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål, idet studiet vurderes at besvare det fokuserede spørgsmål.

Danske Regioner kommenterer videre på, at man ikke kan tale om en lille, ikke-signifikant effekt. Hvis der ikke er signifikans, så er der ikke tale om en effekt.

Kommentaren tages til følge.

Fokuseret spørgsmål 2

Bør ældre med funktionsevnededsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes kombineret fysisk træning af kortere (< 8 uger) eller længere (8 uger – 6 måneder) varighed?

Peer reviewer Ellen Holm kommenterer på, at der ikke er fundet nogen egnede studier og udfordrer om spørgsmålet er rigtigt stillet. Videre undrer hun sig over, at det fokuserede spørgsmål kun omhandler ældre med funktionsevnededsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor.

Kommentaren afvises. De fokuserede spørgsmål i de nationale kliniske retningslinjer skal omhandle kliniske problemstillinger, som fylder i praksis og ikke nødvendigvis de spørgsmål, hvor man i forvejen ved, at der er meget evidens til at besvare spørgsmålet. Det har været arbejdsgruppens ønske at belyse om kombineret fysisk træning af længere varighed har bedre effekt end kombineret fysisk træning af kortere varighed. Der vil i den endelige version af retningslinjen blive beskrevet, hvorfor

underernærede og de, som er i risiko herfor er ekskluderet fra spørgsmålet, ligesom det beskrives, hvilken population det fokuserede spørgsmål er intenderet at omhandle.

08.09.2016
Side 5 af 7

Peer reviewer Jens Kondrup spørger om anbefalingen om at tilbyde træning af mere end 8 ugers varighed ikke står i modstrid til udsagnet på side 22 om, at det formodentlig ikke er varigheden af en given træningsindsats, der har betydning for den enkelte, men faktorer som ressourcer, afhængighed i hverdagsaktiviteter, sværhedsgraden af kronisk sygdom, m.v.

Kommentaren afvises. Der er tale om to forskellige forhold. Henholdsvis personlige kompetencer for at kunne modtage træning versus træningens længde hos de ældre, som kan modtage træning.

Socialstyrelsen ønsker en tilføjelse til anbefalingen om længerevarende forløb, hvor det fremgår, at en individuelt tilrettelagt træningsindsats vurderes at øge chancerne for vedholdenhed og for, at borgeren tager ejerskab til sin træning efterfølgende.

Kommentaren afvises. Dette er ikke undersøgt i den nationale kliniske retningslinje, hvorfor det ikke kan indgå som en del af anbefalingen.

Dansk Selskab for Fysioterapi henleder i deres høringssvar opmærksomheden på, at det ikke kun er patienternes præferencer, der skal inddrages i træningsindsatsen, men at inddragelsen af pårørende også kan tjene til at øge motivationen til at træne.

Kommentaren tages til følge. Der skrives et afsnit ind om de pårørende.

Danske Regioner påpeger det hensigtsmæssige i under baggrund for spørgsmål at nævne, at træningsresponsen hos ældre er mindre end hos unge.

Kommentaren tages til følge. Den foreslåede tekst skrives ind.

Fokuseret spørgsmål 3

Bør faldtruede ældre med funktionsevnededsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor, tilbydes balancetræning som supplement til styrketræning?

Peer reviewer Ellen Holm kommenterer på formuleringen af det fokuserede spørgsmål, som hun argumenterer for er formuleret forkert, idet man hellere burde spørge, hvilken træningsform ældre faldpatienter bør tilbydes. Resultatet af det forkert stillede spørgsmål er, ifølge Ellen Holm, en svag anbefaling som ud fra den foreliggende litteratur på området i virkeligheden burde være væsentlig stærkere.

Kommentaren tages delvis til følge. NKR metoden kan ikke anvendes til at besvare det spørgsmål Ellen Holm rejser, idet metoden fordrer, at man er specifik i valg af intervention og comparator og ikke spørger bredt, hvad der virker bedst. Jævnfør NKR metodehåndbogen.

Det fokuserede spørgsmål burde dog i sin ordlyd være vendt om, således at det lød bør ældre.. tilbydes styrketræning som supplement til balancetræning. Komparator burde således være balancetræning og ikke som nu styrketræning. Det er således kendt fra tidligere studier, at balancetræning har god effekt overfor faldtruede ældre med funktionsevnededsættelse. Anbefalingen bør således i den endelige version af retningslinjen vægte kombinationen af styrke- og balancetræning og ikke som nu balancetræning som supplement til styrketræning.

Peer reviewer Ellen Holm undrer sig over OTAGO ikke nævnes i retningslinjen
Kommentaren afvises. OTAGO studierne sammenligner styrke + balancetræning med
ingenting og besvarer således ikke det fokuserede spørgsmål.

Fokuseret spørgsmål 4

Bør ældre med funktionsevnededsættelse tilbydes træning i hverdagsaktiviteter (ADL-træning)?

Dette fokuserede spørgsmål er det spørgsmål, der er flest kommentarer til blandt høringssvarene, mens de to peer reviewere ikke kommenterer videre herpå. De fleste af kommentarerne fra høringssvarene går på ordlyden af anbefalingen, den lave grad af evidens, såvel som på, at der anbefales imod indsatsen, ADL-træning, og ikke for (Socialstyrelsen, REHPA, Dansk Selskab for Fysioterapi, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter).

Kommentaren tages til følge. Evidensgrundlaget er blevet genbesøgt som følge af de mange kommentarer på dette fokuserede spørgsmål. Idet, der i evidensgrundlagets studier ikke rapporteres om nogen skadesvirkninger og der for de kritiske outcomes er en ikke-signifikant tendens til fordel for interventionen ADL-træning, ændres anbefalingen for dette fokuserede spørgsmål fra en svag anbefaling imod til en svag anbefaling for interventionen ADL-træning. Ordlyden af anbefalingen bliver således ”Overvej at anvende træning i hverdagsaktiviteter (ADL-træning) til ældre med geriatriske problemstillinger”. Anbefalingen sker desuden med afsæt i NKR metodehåndbogen, hvori der står: for en svag anbefaling imod kræves dokumenterede skadevirkninger samt at ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, hvilket ikke findes i evidensgrundlaget der ligger til baggrund for dette fokuserede spørgsmål.

Socialstyrelsen opfordrer til, at det under praktiske råd tilføjes, at indsatsen helst skal foregå i borgerens eget miljø, hvor den aktivitet, der genoptrænes sædvanligvis finder sted, da et velkendt miljø understøtter indlæringen.

Kommentaren tages til følge. I afsnit 4.4 benævnes, at indsatsen helst skal foregå i den ældre eget miljø. Dette flyttes i den endelige version op under praktiske råd (afsnit 4.3).

REHPA peger i deres høringssvar på, at livskvalitet burde indgå som outcome for dette fokuserede spørgsmål, da det skønnes at være et vigtigt effektmål for den ældre.

Kommentaren tages til følge. Der henstilles til, at livskvalitet indgår som outcome i en senere opdatering af retningslinjen.

Ergoterapeutforeningen stiller i sit høringssvar også spørgsmål ved egnetheden af de valgte outcomes, som ikke er udtryk for hverdagsaktivitet og foreslår i stedet redskabet AMPS (assessment of Motor and PProcess Skills) som kan anvendes til systematisk at måle og monitorere ADL

Kommentaren tages delvist til følge. AMPS udgør et egnet redskab til at måle outcomes for ADL træning. AMPS er dog ikke anvendt i nogen af de identificerede studier. Forholdet nævnes under forslag til fremtidig forskning.

Fokuseret spørgsmål 5

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor tilbydes en kortvarig (<3 måneder) eller langvarig (>3 måneder) ernæringsindsats?

Ingen kommentarer.

Fokuseret spørgsmål 6

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor tilbydes individuelt tilrettelagt fremfor standardiseret ernæringsindsats?

Dansk Tandplejer Forening påpeger i deres høringssvar, at det bør fremgå, at såfremt den ældre ikke er i stand til at børste sine tænder selv, og hvis ingen andre gør det for vedkommende, så kan det have stor betydning for den ældres tyggefunktion og lyst til at spise.

Kommentaren tages delvist til følge. I bilag 4 beskrives årsagerne til underernæring, hvor tandstatus vil indgå som en blandt flere årsager. Herudover tilføjes under afsnit 0.3, at en multikausal problemstilling som underernæring oplagt løses tværfagligt

Fokuseret spørgsmål 7

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse, men uden underernæring eller risiko herfor tilbydes en ernæringsindsats sammen med kombineret fysisk træning?

Ingen kommentarer.

Fokuseret spørgsmål 8

Bør ældre med funktionsevnenedsættelse og underernæring eller risiko herfor, tilbydes en ernæringsindsats sammen med kombineret fysisk træning?

Peer reviewer Ellen Holm peger på en ny meta-analyse af Beck et al, som bør inddrages i evidensgrundlaget for fokuseret spørgsmål 8.

Kommentaren tages delvist til følge. Den nævnte reference vil blive inddraget som en del af baggrundsbeskrivelsen, men ikke i selve evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål.

Socialstyrelsen foreslår i sit høringssvar, at det sociale aspekt ved et måltidet nævnes i afsnit 8.7, da det kan medvirke til at øge indtaget af mad, hvis man spiser sammen med andre.

Kommentaren tages til følge. Det sociale aspekt ved måltiden omtales under afsnittet om praktiske råd og særlige patientovervejelser.